DE

N° 21

LA SUSPENSION

DANS LE

TRAITEMENT DU TABES DORSALIS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

le 16 avril 1890

PAR

Victor MARQUEHOSSE

Né à Bayonne (Basses-Pyrénées).

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE,

1890

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN, Doyen.

BERTIN-SANS, Assesseur.

Professeurs.

	Messieurs :
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL ✻
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Id. Ville (Ch. de c.)	
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.	CASTAN.
Clinique médicale.	GRASSET.
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale.	TÉDENAT.
Clinique obst. et gynécol.	GRYNFELTT.
Opérations et appareils.	CHALOT.
Anat. pathol. et histol.	KIENER ✻.
Thérap. et Matière médicale.	HAMELIN ✻.
Anatomie.	PAULET (O. ✻ ✠).
Pathologie interne.	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	MAIRET.
Physique médicale.	IMBERT.
Botan. et Hist. Nat. méd.	GRANEL.
Pathologie externe. (ch. de c.)	FORGUE.

Doyen honoraire: M. BENOIT (O. ✻ ✠).

Prof. honor. M. DUPRÉ (O. ✻ C. ✠),

Chargés de Cours de Cliniques annexes :

Clinique des maladies des vieillards.	MM. MOSSÉ (✻), agrégé.
Clinique ophthalmologique.....	TRUC, agrégé.
Clinique des maladies des enfants..	BAUMEL, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan.	BROUSSE, *agrégé.*

Agrégés en Exercice

Messieurs :	Messieurs :	Messieurs
DE GIRARD.	GERBAUD.	ESTOR.
BLAISE.	GILIS.	HÉDON.
BAUMEL.	BOINET.	LECERCLE.
VILLE.	BROUSSE.	
FORGUE.	SARDA.	
TRUC.		

M. H. GOT, Secrétaire.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

Examinateurs de la Thèse :

MM. GRASSET, *président.*
CARRIEU, *professeur.*
BOINET, *agrégé.*
SARDA, *agrégé.*

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A ma Tante Louise ERMIT

V. MARQUEHOSSE.

A MES PARENTS

A MES AMIS

V. MARQUEHOSSE.

A Monsieur le Médecin principal DÉRAZEY

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur GRASSET

V. MARQUEHOSSE.

INTRODUCTION

L'impuissance notoire des nombreux moyens d'action préconisés pour traiter l'ataxie locomotrice a fait accueillir favorablement, dans le monde médical, le nouveau procédé thérapeutique découvert par le Dr Motchoukowski, d'Odessa, et qui consiste dans la suspension.

Pendant son séjour en Russie, le Dr Raymond a pu constater par lui-même les succès obtenus à l'aide de ce nouveau traitement et a cru utile de lui consacrer quelques lignes dans son rapport adressé à M. le Ministre de l'Instruction publique. Depuis cette époque, à l'exemple de M. Charcot, un grand nombre de praticiens, soit en France, soit à l'étranger, ont essayé la suspension dans le tabes dorsalis.

Dès le mois de mars 1889, sous les auspices de M. le médecin principal Dérazey, auquel nous étions attaché comme interne à l'hôpital de Nimes, nous avons recueilli quelques observations qui nous ont engagé à faire de la «suspension dans le tabes» le sujet de notre travail inaugural.

Que M. le médecin principal Dérazey nous permette de saisir l'occasion qui se présente à nous, de lui offrir, publiquement, l'expression de notre vive reconnaissance pour l'extrême bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner.

Que M. le professeur Grasset reçoive nos remerciements pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous diviserons notre sujet en quatre parties :

1° De la suspension chez les tabétiques, comprenant l'historique, la description des divers appareils avec la technique à suivre, des statistiques diverses.

2° Du mécanisme de ce nouveau mode de traitement.

3° Observations.

4° Synthèse des observations, contre-indications, accidents.

Conclusions.

DE LA SUSPENSION

DANS LE TRAITEMENT DU TABES DORSALIS

CHAPITRE I.

DE LA SUSPENSION DANS LE TABES

Historique.— Dès 1883, la suspension dans le tabes a été employée, à Odessa, par M. Motchoukowski, agrégé de la Faculté de médecine de Saint-Pétersbourg (Odessa ne possède pas de Faculté de médecine). Après avoir fait la remarque que chez les sujets scoliotiques traités par la suspension au moyen du corset de Sayre (de New-York), la colonne vertébrale subit un allongement qui se traduit par une élongation du corps de 2 centim. et demi à 5 centim., il eut l'idée d'appliquer le procédé dans le traitement des tabétiques. Il obtenait ainsi une élongation non sanglante de la moelle et du rachis.

Les tabétiques restent suspendus pendant un espace de temps variant de une à cinq minutes. M. Motchoukowski a vu disparaître complètement des douleurs atroces et des phéno-

mènes d'incoordination motrice très accentués.; en outre, la frigidité génésique disparaît ou diminue sensiblement. Deux de ses malades ont été présentés par lui à la Société des médecins de Saint-Pétersbourg; ils marchaient très bien et n'éprouvaient plus aucune douleur. Dans un article paru en 1883, dans le *Wratsch* M. Motchoukowski annonçait que sur quinze tabétiqués qu'il avait traités par la suspension, treize avaient été guéris de leurs douleurs et avaient vu diminuer l'incoordination motrice. Chez les deux autres, la suspension avait déterminé une légère atténuation des douleurs.

Cependant, ce n'est pas un procédé tout à fait nouveau que le procédé de Motchoukowski; ce qui est nouveau, c'est la forme sous laquelle il l'a présenté. Avant lui, Nussbaum employait l'élongation des troncs nerveux dans le tabes dorsalis pour la guérison des névralgies. Erlach rapporte un cas dans lequel l'élongation des troncs nerveux dans le creux axillaire avait fait disparaître les douleurs de l'ataxie, même dans les jambes.

En 1869, Langenbuch cite un cas du même genre.

Debove et Gillette (1870) ont aussi employé cette méthode (Grasset). Verneuil, dès 1876, avait appliqué cette élongation dans le traitement du tétanos. Chauvel, sur 52 cas de névralgie traités par l'élongation, obtient 30 fois une guérison complète (1).

Statistique.— Dès que le Dr Raymond eut fait connaître, en France, le procédé de Motchoukowski, le Dr Charcot l'expérimenta à la Salpêtrière. Du 15 janvier au 15 mars 1889, il compte 114 cas de suspension, parmi lesquels 3 cas seulement concernent des femmes. 64 cas doivent être éliminés

(1) Le procédé d'élongation des sciatiques fut abandonné à cause de la courte durée de l'amélioration et parce qu'à la suite de cette élongation, il se produisait des troubles trophiques d'une très grande gravité.

pour observation incomplète. Sur les 50 autres cas, il a obtenu 38 améliorations et 12 échecs. Sur 21 malades tabétiques, Eulenburg et Mendel ont obteuu 4 améliorations notables, 12 améliorations moins considérables, 5 échecs. Morton aurait eu de bons résultats sur 6 ataxiques, Hammond sur 5, Dana sur 6. M. Abadie a plusieurs fois pratiqué la suspension chez des ataxiques ; dans un cas, les troubles de la miction ont cessé rapidement, et il a obtenu des résultats encourageants au point de vue des troubles visuels.

M. Damaschino, à l'hôpital Laënnec; MM. Raymond et Moutard-Martin ont aussi reconnu de réelles améliorations dans les symptômes de l'ataxie. M. Moutard-Martin cite le cas d'un tabétique atteint de troubles moteurs oculaires qui ont diminué dès que le malade a été soumis à la pendaison.

M. Dujardin-Beaumetz, dans son service de l'hôpital Cochin, a soumis 25 malades à ce système de pendaison ; il a obtenu, chez la plupart, de bons résultats et chez 4 une amélioration réelle dans la marche. Dans la séance du 5 novembre 1889 du Collège médical de Vienne, M. Benedikt a présenté un malade atteint d'ataxie locomotrice qu'il a traité par la suspension. Le malade a subi quarante suspensions de deux minutes chacune : La douleur avait presque disparu et l'ataxie avait beaucoup diminué, de sorte que le malade pouvait se tenir debout, même avec les yeux fermés.

Dans les hôpitaux de province, notamment à Bordeaux (service de MM. Vergely et Picot) et à Montpellier (service de M. le professeur Grasset), la suspension a quelquefois donné des résultats.

Appareil.— L'appareil qui sert le plus souvent à la suspension est l'appareil de Sayre. Il consiste en une traverse horizontale, représentant le fléau d'une balance, suspendue par le milieu à une mouffle servant à élever l'appareil et le patient.

Sur cette traverse horizontale s'attache au milieu une double fronde qui embrasse en avant le menton, en arrière la nuque. Enfin, aux deux extrémités de ce fléau, on attache des courroies formant des brassières dans lesquelles on passe les bras du patient. Les points d'appui pendant la suspension sont représentés par le menton, la nuque et les aisselles ; pour que la traction exercée sur la colonne vertébrale soit plus effective, on invite le malade à soulever les bras toutes les quinze secondes environ. Tel est l'appareil généralement employé. Quelques médecins en ont utilisé d'autres : Weir-Mitchell, Vergely et Picot, Hammond. Dans l'appareil de M. Weïr-Mitchell, les brassières sont remplacées par des sortes d'écharpes qui embrassent les coudes fléchis du sujet. En outre, l'appareil est pourvu d'un double système de mouffles, l'un pour l'élévation du corps par les coudes, l'autre pour la traction de la tête. Les avantages que présente cet appareil sont d'éviter la compression des vaisseaux et nerfs du creux de l'aisselle et de graduer l'intensité de l'extension de la tête. De plus, on peut sans inconvénients prolonger la suspension pendant vingt minutes. Vergely et Picot, à Bordeaux, emploient simplement une traverse en bois s'appuyant sur deux lits ; deux linges enroulés servent de brassières et une double cravate assure le maintien de la tête et du menton ; cet appareil est peu coûteux et très suffisant. L'appareil de M. Hammond diffère de celui de M. Charcot en ce que la traction ne s'exerce que sur la nuque et le menton ; les deux frondes qui soutiennent ces deux parties sont attachées à l'extrémité du fléau d'une balance, ce qui permet de connaitre le poids que la traction exige. Au début, on se contente d'une traction représentée par un poids de 75 à 100 livres ; chaque jour, la traction peut être progressivement augmentée.

Par ce procédé, on obtiendrait des résultats plus rapidement que si le patient était suspendu par les bras.

Technique à suivre.— Il y a certaines règles à suivre dans l'application de l'appareil de Sayre. Elles ont été indiquées par M. Gilles de la Tourette, dans le *Progrès médical.*

Tout d'abord, il faut bien assujettir la tête du patient, en écartant plus ou moins, suivant la grosseur de la tête et du cou, les deux anses de la fronde au moyen des courroies latérales. Les pièces axillaires sont pourvues en haut d'une courroie que l'on peut à volonté raccourcir ou allonger suivant le poids et la taille du malade. Cette précaution a pour but de faire que la suspension porte d'une façon égale sur les trois points d'appui : le menton, la nuque et les aisselles.

Quand on soulève le patient au-dessus du sol, il faut tirer progressivement et ne pas produire des secousses, afin de tendre lentement la colonne vertébrale. Il faut aussi éviter les mouvements de torsion du corps

Il n'est pas absolument nécessaire de soulever tout à fait le malade au-dessus du sol, à une certaine hauteur; il suffit que la pointe des pieds seule touche le sol. Si la figure se congestionne ou se cyanose, on doit être toujours prêt à diminuer la traction; il en est de même s'il survenait une syncope.

La présence d'un médecin ou tout au moins d'un aide expérimenté est absolument nécessaire. On ne doit jamais permettre aux malades de se pendre eux-mêmes ou de se faire pendre par une personne de leur entourage, les malades ayant toujours une tendance à exagérer la pendaison. Gorecki a rapporté un cas de mort par l'emploi de la suspension (dans ce cas, aucun médecin n'assistait à l'opération). Il s'agissait d'un paraplégique qui s'était fait suspendre par son domestique. Vincent (de New-York) a cité aussi un cas dans lequel une malade fut étranglée par suite de la rupture des brassières.

Un autre médecin de New-York serait tombé dans le coma et serait mort 24 heures après.

On ne doit pas recourir tous les jours à la suspension ; il ne faut l'employer que tous les deux jours. L'expérience, en effet, a démontré que cette pratique était préférable au point de vue des résultats.

La durée d'une séance ne doit jamais dépasser quatre minutes. Pour habituer le sujet, il faut débuter par une suspension d'une demi-minute ; ensuite on recommande une minute, puis deux, etc.

Il vaut mieux que les séances de suspension soient faites dans la matinée. Les malades seront simplement revêtus de leur chemise ; s'ils portent un faux col, une cravate, on les leur fera quitter, afin de laisser le cou complètement libre et qu'il n'y ait rien qui puisse exercer de constriction.

CHAPITRE II.

DU MÉCANISME DE LA SUSPENSION

Quel est le mode d'action de la suspension? La plupart des hypothèses invoquées pour l'expliquer reposent sur deux conséquences de la suspension que M. Motchoukowski pense avoir démontrées: l'allongement de la moelle épinière d'une part, l'élongation des nerfs d'autre part.

En faisant des mensurations sur le vivant et sur le cadavre, M. Motchoukowski arrive à conclure que dans la suspension la taille s'allonge, que la colonne vertébrale et les membres inférieurs eux-mêmes prennent part à cette augmentation de longueur. Dans certains cas, la moelle subit un allongement de 2 centimètres $^1/_2$ dans l'espace compris entre la deuxième vertèbre cervicale et la quatrième dorsale; enfin, le corps lui-même subit un allongement de 6 centimètres; les nerfs des membres prendraient part à cette augmentation de longueur; de plus, ayant enlevé sur le cadavre plusieurs apophyses épineuses des vertèbres dorsales, Motchoukowski remarqua que, pendant la suspension, les racines nerveuses, d'horizontales qu'elles étaient, deviennent fortement obliques de haut en bas et de dedans en dehors, ce qui indique un changement de rapport entre la moelle et les vertèbres. Dans quelques cas, cependant, l'auteur ne constata pas l'allongement de la taille, quelquefois même il aurait trouvé un raccourcissement. (?)

De là, à conclure que la suspension agit comme élongation

des nerfs périphériques, il n'y avait qu'un pas : l'élongation de la suspension, au lieu de s'effectuer sur une seule branche nerveuse, comme dans l'élongation chirurgicale, porterait sur les nerfs des membres inférieurs, sur les racines et même sur la moelle.

Motchoukowski attribue un certain rôle à cette élongation nerveuse. Mais le mode d'action de l'élongation est très obscur : la traction exercée sur un tronc nerveux modifie-t-elle l'état circulatoire du nerf étiré, et par suite sa fonction et sa nutrition ? ou bien, par suite d'un retentissement général sur le système nerveux, peut-elle rétablir ses fonctions troublées ? Cette dernière hypothèse paraît la plus plausible, car on a vu, après l'élongation chirurgicale d'un seul nerf, survenir chez les tabétiques l'amélioration de symptômes qui ne dépendent pas des troubles fonctionnels du nerf allongé.

M. Charcot compare l'effet de la suspension à l'élongation des nerfs telle qu'on l'a pratiquée dans les névralgies sciatiques. «En dehors de tout état morbide, la suspension a pour effet d'augmenter le nombre des respirations par minute, en même temps que l'amplitude et la force, tant des respirations que des expirations, sont diminuées. Le pouls devient plus fréquent et la pression artérielle paraît plus élevée qu'à l'état normal.» Il pense que les effets salutaires observés à la suite de la suspension sont dus à des modifications amenées dans la tension sanguine par le fait de la distension des vaisseaux, de la moelle et de ses enveloppes, par suite de l'écartement des vertèbres.

Pour M. Dujardin-Beaumetz, la seule explication qu'on puisse donner de l'action de la suspension, c'est qu'elle agirait comme un procédé d'élongation sur la partie postérieure de la moelle et sur les vaisseaux qui s'y rendent. Les tiraillements produiraient une modification dans la nutrition de la moelle et en particulier dans celle des cordons postérieurs.

M. le Dr Althaus pense que la suspension rompt les adhérences méningitiques qui entourent les cordons postérieurs, de sorte que les tubes nerveux acquièrent une plus grande conductibilité, surtout les plus superficiels. La suspension relâcherait et romprait la névroglie sclérosée, d'où diminution de la compression des tubes nerveux. De plus, la méthode a souvent une grande influence sur le bulbe, elle stimule les centres vaso-moteur, cardiaque et digestif.

Les effets physiologiques de la suspension ont été étudiés par M. Onanoff qui a suspendu des sujets bien portants. En outre de l'accélération des mouvements respiratoires et de l'augmentation de la tension artérielle, il se produit une exagération des réflexes rotuliens et une grande excitation des organes génitaux.

En résumé, toutes les hypothèses qui ont été émises pour expliquer le mode d'action de la suspension s'appuient sur l'allongement de la moelle, des racines et des nerfs périphériques; mais ces hypothèses n'expliquent pas elles-mêmes comment l'élongation nerveuse peut produire des restaurations fonctionnelles. Cette élongation elle-même est-elle démontrée? Les seules preuves qu'on en donne sont l'allongement de la taille et de la colonne vertébrale, les modifications de rapport entre la moelle et les vertèbres pendant la suspension. Ces preuves nous paraissent insuffisantes.

En terminant ce chapitre, nous ne ferons que rappeler l'opinion de Bernheim (de Nancy) qui pense que la suspension agit uniquement par suggestion.

CHAPITRE III.

OBSERVATIONS

Avant d'exposer les sept observations qui font le sujet de notre travail et de les apprécier, il nous paraît utile de dire quelques mots des résultats obtenus par les praticiens qui se sont avant nous occupés de cette question.

Les nombreuses observations qui ont été recueillies jusqu'à ce jour constatent que le procédé de Motchoukowski est loin de produire le même effet chez tous les tabétiques. Tantôt les douleurs fulgurantes sont considérablement atténuées et ne reparaissent qu'à des intervalles très éloignés; les troubles de la motricité sont quelquefois améliorés. M. Charcot a même signalé ce fait, que souvent l'engourdissement des pieds a disparu sous l'influence de la suspension.

Chez certains malades, la marche est devenue plus facile immédiatement après la séance. Au début, cette plus grande assurance de la marche ne dure que deux à trois heures; plus tard, après huit à dix séances, elle est persistante. Le signe de Ramberg disparaît après vingt à trente séances. Les troubles vésicaux s'améliorent ensuite; le malade urine plus facilement et l'incontinence diminue. En revanche, on n'a pas noté de changement dans les réflexes rotuliens et les signes pupillaires des malades. Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi; il y a beaucoup d'ataxiques chez lesquels la suspension n'a

produit aucun résultat appréciable; d'autres même ont vu leur état s'aggraver considérablement à la suite du traitement.

Cela dit, nous exposerons nos observations personnelles, dont nous nous réservons de faire la synthèse.

Observation I.

M. D..., adjudant d'artillerie, maître d'armes, âgé de 40 ans. Malade depuis 1871.

A éprouvé de grands revers : marié deux fois, il a perdu ses deux femmes en très peu de temps. Maladies nerveuses du côté de la famille. Très nerveux lui-même. Mère morte paralytique. En faisant des armes, il fut atteint d'un coup de fleuret qui pénétra d'environ 3 centimètres dans le creux axillaire du côté droit. Eut les pieds gelés pendant la campagne franco-allemande. Pas de syphilis.

Pendant longtemps, la maladie est restée stationnaire. On ne constatait alors que des névralgies faciales avec des éruptions cutanées sur le trajet des nerfs. Oreille un peu dure par accès. Quintes de toux fréquentes et gêne de la déglutition. Le malade était obligé de fermer un œil pour distinguer un objet. Contractures dans les membres inférieurs. Les douleurs fulgurantes se faisaient particulièrement sentir dans le côté droit. En outre, le malade éprouvait des douleurs lombaires très vives, des crises gastriques (vomissements après les repas), des douleurs dans la région épigastrique. L'incoordination motrice a toujours été peu accusée. Pas de troubles appréciables des fonctions génito-urinaires.

Ces symptômes existent encore au moment de l'entrée à l'hôpital. Les séances de suspension n'étant pas encore établies, le malade est traité à la fois par le nitrate d'argent, l'ergot de seigle et l'iodure de potassium à haute dose. De plus, tous les huit jours, applications de pointes de feu sur la

colonne vertébrale. Cette médication produit une grande amélioration du côté des douleurs.

Néanmoins, l'incoordination des mouvements, le signe de Ramberg, l'anesthésie plantaire, l'abolition du réflexe tendineux rotulien existent encore lorsque le malade est soumis à la suspension.

Après dix séances, nous constatons que les mouvements ataxiques ont tout à fait disparu. Le malade ne vacille plus dans l'obscurité, il marche droit lorsqu'il ferme les yeux. *A la percussion du tendon rotulien, on voit que le réflexe est tout à fait revenu du côté droit* (il est toujours aboli au genou gauche). Il n'y a plus d'anesthésie plantaire. Enfin, le malade qui, il y a quelques jours encore, était obligé de se lever plusieurs fois pendant la nuit pour uriner, n'éprouve plus maintenant d'envies nocturnes.

4 avril (18^{me} séance, durée 3 minutes). — Le malade, qui depuis fort longtemps avait des érections et des pollutions nocturnes (se produisant très rapidement), va beaucoup mieux; ces troubles génitaux ont complètement disparu.

12 avril (22^{e} séance). — Le réflexe tendineux rotulien n'est plus aboli au genou gauche. Le malade se plaint d'éprouver encore des trépidations musculaires dans les muscles de l'épaule. Il ne sent plus de douleurs.

4 mai (33^{e} séance).— *Les réflexes rotuliens sont à peu près normaux*. Il n'y a plus de trépidations musculaires. Il existe encore des troubles visuels (brouillards lorsque le regard fixe quelque temps le même point).

12 mai (37^{e} séance). — Tous les symptômes d'ataxie locomotrice ont disparu. Le malade monte dans un tramway en marche et peut descendre sans faire arrêter. Néanmoins, les séances sont continuées jusqu'au 14 juin (53^{e} séance), époque vers laquelle le malade est envoyé à Lamalou. A son retour, il est relativement guéri.

Nota. — Le traitement complexe au nitrate d'argent, à l'ergot de seigle, à l'iodure de potassium, a été continué pendant que le malade était soumis à la suspension. En outre, on lui appliquait des pointes de feu tous les huit jours.

Observation II.

M. X..., âgé de 45 ans, malade depuis vingt ans. Hérédité nerveuse, pas de syphilis, éthylique. Cas d'ataxie assez prononcé.

Au moment où nous pratiquons la suspension, il présente les symptômes suivants :

Douleurs fulgurantes très violentes, douleurs siégeant dans la région précordiale.

Incoordination des mouvements ; en marchant, il projette fortement les pieds en avant et en dehors ; fléchit difficilement la jambe sur la cuisse. Signe de Ramberg assez net.

Anesthésie plantaire, sensation de marche sur le coton. Les gros orteils sont particulièrement engourdis.

Tremblement léger des mains.

Hyperesthésie cutanée à la sensation de contact, mais ne sent rien quand on le pince.

Incontinence urinaire assez forte, surtout pendant la nuit. Signe de Westphal.

Pas d'anaphrodisie, pas de troubles visuels. La force musculaire est conservée.

Les premières suspensions ont beaucoup fatigué le malade qui est doué d'un fort embonpoint. On constate cependant que la marche devient plus facile ; la raideur de l'articulation du genou n'existe plus. L'anesthésie plantaire a disparu dans le pied droit (le pied gauche reste toujours dans le même état). Le malade peut faire mouvoir légèrement les orteils. S'il croise les jambes, il sait quelle est la supérieure.

Les douleurs fulgurantes sont moindres. Le signe de Ramberg est stationnaire.

4 avril (7e séance).— La miction est plus facile. Il n'y a plus d'érections ni de pollutions nocturnes. Le côté droit du corps est complètement dégagé, il se produit une légère amélioration dans le côté gauche, mais les douleurs fulgurantes sont toujours très vives. Hier, le malade, en sortant de son bureau, a senti dans les membres inférieurs et dans la région précordiale des douleurs si violentes qu'à quatre reprises il a été obligé de s'arrêter. Ce matin, il va beaucoup mieux.

10 avril (10e séance).— Les douleurs ont à peu près disparu. La marche est très assurée; le signe de Ramberg n'est plus apparent. Les fonctions urinaires s'accomplissent bien; le sommeil et l'appétit sont bons. Les réflexes rotuliens sont toujours abolis.

16 avril (13e séance, durée 4 minutes). — Le malade accuse encore quelques douleurs dans les jambes et dans la région précordiale, mais ces douleurs sont peu intenses.

26 avril (18e séance).— Les douleurs dans les jambes ne se font plus sentir (elles persistent dans la région précordiale). Il n'y a plus d'anesthésie plantaire; la démarche est à peu près normale. Le signe de Westphal est beaucoup moins prononcé à droite qu'à gauche. Les fonctions digestives s'accomplissent bien.

8 mai (22e séance).— Ces jours derniers, le malade a senti quelques douleurs fulgurantes très vives (peut-être doit-on les rapporter au mauvais temps).

14 mai (25e séance).— L'amélioration est générale. Le malade se rend à Lamalou.

Après un mois d'absence, il vient nous voir et nous déclare que l'amélioration qu'avait produite la suspension s'est main-

tenue. Cependant, quelques douleurs se montrent de temps en temps, mais elles ne sont pas très vives.

Nota.— Pendant toute la durée du traitement par la suspension, le malade se faisait appliquer des pointes de feu sur la colonne vertébrale.

Réflexions.— La suspension a produit dans ce cas une atténuation considérable des douleurs, la coordination des mouvements, la guérison de l'incontinence urinaire, la disparition du signe deRamberg. De plus, les réflexes rotuliens ne sont plus complètement abolis.

Observation III.

M^me^ X..., âgée de 42 ans, couturière, mariée et mère de six enfants bien portants. Fait remonter le début de sa maladie à 1882.

Il ne paraît pas exister d'hérédité nerveuse dans la famille, bien qu'elle-même soit douée d'un tempérament nerveux très caractérisé (elle est facilement hypnotisable). Pas de syphilis. Déclare s'être trouvée souvent exposée aux refroidissements et avoir toujours été sujette aux bronchites et aux laryngites. Restée veuve, elle a dû se livrer à des excès de travail pour nourrir sa nombreuse famille.

Elle rentre à l'hôpital de Nimes (salle Sainte-Anne) le 2 mai 1889, et présente à ce moment des douleurs fulgurantes très vives, de l'incoordination motrice très marquée, de l'incontinence d'urine, de la diarrhée depuis plusieurs jours. Le signe de Ramberg est très prononcé, la malade vacille et tombe dans l'obscurité. Il existe des troubles des sens, principalement de la vue et de l'ouïe (amaurose et surdité). Retard considérable dans la perception des sensations. Anesthésie plantaire. Abolition complète des réflexes rotulien et pupillaire.

Les séances de suspension sont commencées le 4 mai; elles ont eu lieu tous les deux jours et n'ont jamais dépassé quatre minutes de durée.

10 mai (4^e^ séance, durée 3 minutes). — Nous constatons que la malade est beaucoup plus libre dans ses mouvements, qu'elle projette moins les pieds en avant et en dehors. Elle déclare n'avoir pas senti de douleurs fulgurantes depuis la dernière séance.

Les troubles gastro-intestinaux ont complètement disparu. Elle sent très bien quand on la touche et il n'y a plus de retard sensible dans la perception.

17 mai (7e séance).— Tous les symptômes tabétiques sont en voie d'amélioration. La marche est de plus en plus facile, les mouvements sont moins désordonnés, les douleurs presque nulles. L'anesthésie plantaire a beaucoup diminué. Le signe de Ramberg s'est atténué. La malade commence à pouvoir s'occuper de son ménage ; elle n'est plus obligée de s'appuyer constamment sur un bâton ou sur l'épaule de sa fille.

24 mai (10e séance).— Nous notons la disparition complète des douleurs. La malade urine bien ; elle sent très bien lorsqu'elle appuie le pied sur le sol. Le sommeil et l'appétit sont satisfaisants.

18e séance, durée 3 minutes 1/2. — Depuis quelques jours, les douleurs en éclair se font sentir de nouveau avec une grande intensité. Mais les autres symptômes sont toujours améliorés.

Les lits de la salle Sainte-Anne étant tous occupés, la malade obtient l'*exeat*, mais elle promet de venir nous voir tous les deux jours pour continuer le traitement.

20 juin (22e séance, durée 4 minutes).— Les douleurs fulgurantes, qui avaient complètement disparu après les premières suspensions, redeviennent très violentes. L'incoordination motrice est très peu prononcée. Le signe de Ramberg n'est plus apparent. La malade a pu reprendre son travail depuis quelques jours ; elle peut s'habiller toute seule et sans tomber ; les jours où il y a séance, elle peut facilement franchir la distance, assez grande, qui sépare son domicile de l'hôpital et elle n'a plus besoin de s'appuyer sur un bâton. Le sommeil et l'appétit sont bons ; l'état général très satisfaisant.

Il n'existe plus ni troubles gastro-intestinaux ni troubles des organes génito-urinaires.

28e séance.— Les douleurs fulgurantes ont disparu de nouveau. L'assurance de la marche devient de plus en plus grande. Les réflexes rotuliens sont toujours abolis, les réflexes pupillaires sont très diminués.

35e séance.— L'état de la malade est resté le même. Nous ne constatons plus ni douleurs, ni incontinence d'urine. Le signe de Ramberg est peu apparent ; les mouvements ataxiques sont à peines visibles.

9 août (47e séance).— L'amélioration que nous avons signalée s'est maintenue jusqu'au mois d'août, époque vers laquelle les suspensions sont supprimées.

Nous avons eu l'occasion de revoir notre malade longtemps après la cessation du traitement ; les douleurs n'avaient plus reparu, non plus que les mouvements désordonnés.

Du mois de mai 1889 au mois d'août suivant, elle n'avait suivi aucune autre médication.

Nota.—La malade avait une confiance illimitée dans le traitement que nous lui faisions suivre, ce qui, jusqu'à un certain point, semble justifier l'opinion émise par M. Bernheim.

Observation IV.

Le nommé Lynaud, boulanger, âgé de 60 ans, entré à l'hôpital il y a un an. Forme paralytique.

Tempérament nerveux. Maladies nerveuses dans la famille. En 1863, a eu la syphilis (traitée par Rollet, à Lyon). Depuis cette époque, autres maladies vénériennes (chancres mous, blennorrhagies, etc.). Dans sa jeunesse, il s'est livré à de véritables excès de coït. Alcoolique.

Au moment de son entrée à l'hôpital, il a présenté les symptômes suivants :

Douleurs fulgurantes très violentes ; douleurs viscérales.

Envies incessantes d'uriner et d'aller à la garde-robe. Troubles gastriques se traduisant pas des vomissements après les repas.

Incoordination motrice très accentuée ; paraplégie depuis deux ans. Le malade ne peut marcher qu'en s'appuyant sur deux bâtons. Tremblement persistant des jambes dans la station verticale ; signe de Ramberg très net. Retard dans la perception. Anesthésie plantaire. Les organes génitaux sont en état d'impuissance. Troubles respiratoires (dyspnée habituelle). La force musculaire est conservée. Il n'existe rien de particulier du côté de la vue et de l'ouïe.

Le traitement par le nitrate d'argent et l'iodure de potassium à très haute dose (10 à 12 gr.) n'a produit que des effets insignifiants. L'électrisation de la moelle par des courants continus, suivant la méthode d'Onimus, a donné de bons résultats. Les jambes étant devenues considérablement faibles,

avec tendance atrophique des muscles, nous avons employé un courant descendant, le pôle positif étant appliqué sur les vertèbres dorsales et le pôle négatif sur les vertèbres sacrées. Après quelques séances d'électrisation d'une durée moyenne de dix minutes, nous avons obtenu la diminution des douleurs, la disparition complète des troubles vésicaux. De plus, la marche était devenue plus facile ; le malade en était arrivé au point de faire le tour de la cour de l'hôpital en tenant ses bâtons en l'air. En outre de l'électrisation, nous avons appliqué fréquemment des révulsifs sur la colonne vertébrale.

Au commencement de mars 1889, nous avons essayé la suspension sur ce tabétique. Toutes les autres médications ont été abandonnées depuis ce jour. Les douleurs fulgurantes, qui s'étaient calmées sous l'influence de l'électrisation (1), étaient redevenues très violentes et siégeaient principalement dans le côté gauche ; l'incoordination motrice était très marquée, le signe de Ramberg très net. La miction s'accomplissait mal, le malade avait de l'incontinence nocturne et de la rétention.

Après huit séances de suspension, nous constatons une grande amélioration des fonctions génito-urinaires ; la miction est plus facile. Les douleurs fulgurantes sont atténuées. Le malade sent très bien lorsqu'il appuie le pied sur le sol ; il n'éprouve plus la sensation de tapis et se rend compte qu'il soulève le pied, ce qu'il ne sentait pas auparavant. Mais quand il croise les jambes l'une sur l'autre, il ne peut dire quelle est la jambe qui est placée au-dessus.

Le signe de Ramberg est dans le même état. La force musculaire est normale, le sommeil tranquille, l'état général assez satisfaisant.

(1) Nous n'avons pas pu continuer l'électrisation, le seul appareil que nous possédions à l'hôpital étant en mauvais état.

29 mars.— Après dix-sept séances, l'incoordination motrice est très diminuée. Le malade qui, pour se tenir debout, était obligé de s'appuyer sur deux cannes, peut maintenant faire quelques pas sans se soutenir. S'il marche et qu'on lui crie de s'arrêter, il le fait assez facilement ; il peut même faire volte-face sans trop de difficulté. Le côté gauche du corps est beaucoup plus engourdi que le côté droit.

Le malade ferme les yeux sans s'effondrer, mais il ne peut encore marcher ; dans la marche, il pose le pied sur les points du plancher qu'on lui désigne (il recouvre une pièce de monnaie avec le talon). Enfin, la miction est redevenue facile. Interrogé sur ses désirs génésiques, il affirme qu'il n'aurait pas la frigidité habituelle.

10 avril (20e séance, durée 3 minutes). — Depuis quelques jours, il existe des troubles gastriques consistant en crampes et douleurs d'estomac, nausées, inappétence, constipation opiniâtre. Légère incontinence urinaire. Réapparition de douleurs lancinantes dans les jambes. Douleurs au niveau du pubis.

16 avril (23e séance).— Diarrhée depuis deux jours. Troubles visuels consistant en une légère diplopie (les organes des sens avaient toujours été indemnes). Les mouvements sont redevenus plus embarrassés. Le malade ne peut plus marcher sans bâton.

20 avril (25e séance).— Disparition des troubles gastro-intestinaux. Le signe de Ramberg n'existe plus dans toute sa netteté. Les douleurs reviennent de temps à autre, mais avec moins d'intensité. Les mouvements sont encore embarrassés, le côté gauche est comme engourdi. Néanmoins, les nuits sont bonnes. L'appétit est revenu. Les pupilles sont paresseuses.

28 avril (29e séance). — Tous les symptômes sont de nouveau améliorés. Les douleurs fulgurantes ne se font plus sentir qu'à de très rares intervalles. La miction est normale.

L'incoordination motrice est beaucoup moindre. Le malade peut de nouveau faire le tour de la cour de l'hôpital sans se servir de son bâton. Quand il se tient debout, les yeux fermés, il a très peu d'oscillations.

4 mai (32e séance, durée 4 minutes).— Les symptômes d'ataxie locomotrice, principalement les douleurs et les mouvements désordonnés, se sont aggravés. Le malade est maintenant plus fatigué qu'il ne l'était au début des séances de suspension.

L'incontinence d'urine l'oblige à se tenir éveillé une partie de la nuit. Néanmoins, comme l'état général est assez bon et que le malade réclame énergiquement la pendaison, nous ne croyons pas devoir interrompre le traitement.

36e séance. — Le malade accuse de vives douleurs dans les membres inférieurs.

37e séance.— Persistance des douleurs.

16 mai (38e séance). — Disparition des douleurs. La marche devient plus assurée.

Du 16 mai au 8 août, nous notons des alternatives d'amélioration et d'aggravation. Après quatre-vingts séances, nous abandonnons le traitement.

En résumé, nous avons obtenu quelques résultats (consistant dans la disparition des douleurs et de l'incontinence urinaire) jusque vers la 20me séance. A partir de ce moment, il ne se produit plus aucune amélioration et les douleurs ne tardent pas à revenir. De sorte qu'après quatre-vingts séances, l'état du malade est exactement le même qu'avant la suspension.

Nota.— Le traitement par l'électricité avait donné des résultats plus avantageux que le traitement par la suspension.

Observation V.

M. C..., conseiller à la Cour, âgé d'une quarantaine d'années, est malade depuis quinze ans.

Cas d'ataxie très avancé. Tempérament très nerveux; attribue sa maladie à de grandes fatigues intellectuelles. A essayé toute espèce de médication, sans obtenir d'amélioration. L'ataxie a gagné de plus en plus, affectant une marche assez rapide. En dernier lieu, il a recours à la suspension. Les séances ont lieu tous les deux jours. Au moment où elles sont commencées, le malade présente les symptômes suivants :

Crises de douleurs fulgurantes très vives qui l'obligent fréquemment à interrompre ses occupations professionnelles. Douleurs lancinantes dans les jambes, névralgies faciales. L'incoordination motrice des membres inférieurs est très marquée, la marche très difficile, souvent même tout à fait impossible. Jette les pieds en avant et en dehors, en frappant le sol du talon. Signe de Ramberg très net.

Troubles visuels très sérieux (affaiblissement de la vue, diplopie, rétrécissement du champ visuel) ; oreille un peu dure. Retard dans la perception des sensations. Anesthésie plantaire.

Troubles génito-urinaires consistant en une incontinence d'urine, surtout pendant la nuit, et en une frigidité complète. Fréquemment apparaissent des troubles gastriques. Signe de Westphal.

L'état général est mauvais, amaigrissement notable, perte de sommeil.

Le 29 mars 1889 a lieu la première séance de suspension.

Immédiatement après la 3me séance, le malade, qui accusait une névralgie faciale très vive, déclare ne plus la sentir.

6 avril.— Depuis cinq nuits, le sommeil est bon, ce qui n'avait pas eu lieu depuis fort longtemps. Disparition complète d'une douleur lancinante siégeant dans le talon du pied droit, derrière la malléole. Les névralgies faciales ne se sont pas fait sentir pendant quelques jours.

10 avril (7e séance). — Il semble au malade que sa vue est moins affaiblie. La marche est beaucoup moins embarrassée. Il y a, en outre, une amélioration sensible des fonctions urinaires, l'incontinence est moins forte. Il existe encore quelques douleurs dans la région mastoïdienne. L'appétit commence à revenir. Le sommeil est bon et n'est pas troublé par des cauchemars.

30 avril (8e séance). — M. C... est absent depuis le 10. A son retour, il nous apprend que pendant les douze premiers jours de son absence, les douleurs fulgurantes ne se sont plus montrées et que l'amélioration des autres symptômes s'était maintenue. Le signe de Ramberg, principalement, n'était plus très net. Il n'en a pas été de même pendant les huit derniers jours. Subitement tous les symptômes tabétiques sont revenus : les douleurs fulgurantes ont été tout à coup d'une violence extrême, les mouvements très désordonnés, la marche embarrassée, la miction difficile, des troubles gastriques sérieux se sont manifestés (embarras gastrique, diarrhée); de plus, les nuits étaient mauvaises. Le malade, en effet, nous paraît être très fatigué, les traits sont tirés, etc. Cette aggravation peut dependre des intempéries de la saison.

Pendant la suspension, il se produit une syncope; mais le malade, étendu sur un lit, ne tarde pas à reprendre ses sens. Au moment où il a perdu connaissance, il a éprouvé des envies de rendre.

4 mai (10e séance). — Le malade nous dit que des dou-

leurs très vives se font sentir au niveau des malléoles. L'état précédemment décrit n'a pas changé.

16e séance. — Le malade va mieux, les douleurs malléolaires se sont calmées. La marche n'est pas aussi embarrassée. Les troubles gastriques ont disparu. L'incontinence urinaire est moindre. Le sommeil est revenu.

24 mai (20e séance). — Réapparition des douleurs en éclair.

30 mai (23e séance). — Les troubles visuels sont aussi marqués qu'au début du traitement. Il existe encore de l'incontinence urinaire, mais elle est moins accentuée.

Le signe de Ramberg est très net.

5 juin.— L'aggravation est générale.

11 juin (30e séance). — Les douleurs en éclair deviennent de plus en plus violentes. Les névralgies faciales font cruellement souffrir le malade. L'état général est assez mauvais. Le malade se décide à aller faire un séjour à Lamalou. A son retour, les séances de suspension ne sont pas reprises.

Réflexions.— Pendant les premières séances, la suspension a produit une amélioration générale des symptômes tabétiques. Pendant quelques jours, il y a eu des oscillations; puis, enfin, l'ataxie s'est accentuée davantage pour poursuivre une marche progressive. En définitive, le résultat a été négatif.

Observation VI.

M. L..., capitaine en retraite, âgé de 47 ans. Fait remonter le début de sa maladie à la campagne de 1870-71, pendant laquelle il a eu beaucoup à souffrir du froid. L'incoordination motrice a éclaté brusquement, il y a six ans, dans la cour de la caserne, tandis qu'il se trouvait à la tête de sa compagnie. En même temps se sont montrés des troubles de la vue (amblyopie).

Le capitaine nous raconte également qu'en 1870, il fit une chute de cheval, à la suite de laquelle des douleurs très vives apparurent dans les membres inférieurs (principalement dans le côté droit). Dans cette chute, il eut la partie inférieure du corps prise sous son cheval.

Tempérament très nerveux, pas de syphilis.

Est rentré à l'hôpital de Nimes vers le mois de janvier 1889, dans le service M. le médecin principal Dérazey.

Il présentait au moment de son entrée les symptômes suivants :

De l'incoordination motrice assez manifeste; le malade projetait légèrement les pieds en avant et en dehors. Le signe de Ramberg est assez peu prononcé. S'il se tient debout, les yeux fermés, il a très peu d'oscillations.

Les troubles des sens sont assez marqués (vue affaiblie, surdité).

L'anesthésie plantaire est complète. La sensibilité au contact est conservée, la sensibilité à la piqûre très diminuée. Il existe un léger retard dans la perception des sensations.

Les réflexes rotuliens ne sont pas complètement abolis.

Il existe de sérieux troubles gastro-intestinaux. Les organes génitaux ont conservé toute leur intégrité (le sens génésique n'a d'ailleurs jamais été atteint).

Les douleurs fulgurantes sont intolérables et reviennent à de courts intervalles. Il y a en outre des douleurs lombaires, des névralgies faciales, des douleurs en ceinture très vives.

Le malade a complètement perdu l'appétit, il ne peut dormir.

Bref, l'état général est assez mauvais. Tendance aux idées tristes.

Le traitement, consistant en nitrate d'argent et iodure de potassium à l'intérieur, ne donne pas de résultat, non plus que les applications fréquentes de pointes de feu sur la colonne vertébrale. L'électrisation par les courants induits et continus semble provoquer une exagération des douleurs.

Le 4 mars 1889, le malade est, sur sa demande, soumis à la suspension faite à l'aide de l'appareil de Sayre.

Les premières séances paraissent très fatigantes et déterminent de très fortes douleurs le long de la colonne vertébrale. Le malade éprouve aussi des fourmillements et des picotements après chaque suspension.

Le 29 mars, après avoir été suspendu dix-sept fois, nous constatons une amélioration assez sensible qui porte sur l'incoordination motrice. Les mouvements et la marche deviennent plus faciles.

Le malade, qui fait de longues promenades, se fatigue moins vite; il peut rester debout plus longtemps; il ne peut pas encore se conduire dans l'obscurité sans s'effondrer; mais s'il se tient debout, les yeux fermés, il ne vacille plus. Les douleurs sont toujours aussi vives et aussi fréquentes.

2 avril (18e séance).— Hier, le malade a pu faire une promenade de 500 mètres environ sans se servir de sa canne,

montant et redescendant les trottoirs avec la plus grande facilité.

10 avril (22e séance).— Apparition d'un anthrax dans la région lombaire (incision cruciale et cautérisation au thermocautère).

Pas de sucre dans les urines. L'état général est mauvais (fièvre, embarras gastrique).

27e séance.— Depuis plusieurs jours, le malade accuse des douleurs dans les membres inférieurs, surtout dans le talon du pied droit. L'état général est un peu amélioré, l'appétit est revenu, les troubles gastriques ont disparu.

L'amélioration légère constatée dans la marche est stationnaire.

Le malade peut, en marchant, recouvrir une pièce de monnaie déposée sur le sol.

26 avril (30e séance, durée 3 minutes $^1/_2$).— Pendant la nuit, crampes violentes dans la jambe gauche. Elles ne disparaissent pas après la suspension.

33e séance, durée 4 minutes.— Nuit très mauvaise. Douleurs atroces dans les membres. Angine et bronchite. Néanmoins, le malade veut être suspendu. A peine les pieds ont-ils quitté le sol qu'il se produit une faiblesse.

34e séance.— Nuit très agitée. Douleurs en ceinture autour des articulations du genou. Elles sont plus violentes à gauche.

12 mai (38e séance).— Depuis quelques jours, le malade va mieux. Les douleurs ne se font plus sentir qu'à de longs intervalles. Les nuits sont meilleures. L'incoordination motrice s'améliore. Le signe de Ramberg n'est plus aussi accentué.

16 mai (40e séance).— L'amélioration persiste. Le malade obtient son *exeat*. Néanmoins, les séances de suspension continuent à avoir lieu tous les deux jours.

6 juin (50e séance).— Réapparition des douleurs qui devien-

nent aussi vives qu'au début des suspensions. La démarche est de moins en moins assurée.

12 juin. — Même état que précédemment.

26 juin (60e séance). L'état général s'aggrave de nouveau. Le malade a senti, hier, des douleurs gastriques et vésicales très intenses. Incontinence d'urine.

65e séance.— Les douleurs sont de plus en plus violentes ; les mouvements sont très désordonnés. Le signe de Ramberg reparaît. Après avoir marché quelques minutes seulement, le malade est très fatigué. Les nuits sont généralement mauvaises. Enfin, il existe des troubles gastro-intestinaux.

69e séance.— Les symptômes d'ataxie se sont aggravés de plus en plus. Le malade part à Lamalou.

Nous avons l'occasion de le revoir à son retour, et nous constatons que le séjour à Lamalou ne lui a pas été favorable. Il renonce définitivement à la pendaison.

Nota.— Non seulement le résultat a été négatif, mais le traitement par la suspension a déterminé chez le capitaine L... une aggravation sensible de tous les symptômes tabétiques.

Observation VII.

Le nommé M..., âgé de 55 ans environ, malade depuis vingt ans. Paraplégique depuis trois ans. En traitement à l'hôpital général de Nimes. A eu la syphilis. Autres maladies vénériennes à plusieurs reprises. Dans sa jeunesse, il abusait du coït et se livrait même à l'onanisme. Maladies nerveuses dans la famille. Alcoolique. Cas d'ataxie très avancé.

Au moment où nous le soumettons à la suspension, il présente des douleurs fulgurantes atroces, de l'incontinence urinaire, des troubles visuels très marqués, de l'incoordination motrice.

Le malade ne peut marcher ni même se tenir debout.

Les membres supérieurs sont très maladroits. Tremblement des mains, écriture absolument illisible.

L'état général est relativement bon; le malade est doué d'un fort embonpoint.

Après une vingtaine de suspensions, nous obtenons une légère atténuation des douleurs; le tremblement des mains tend à disparaître, l'écriture est maintenant assez lisible.

La suspension n'a produit aucun résultat sur les organes génito-urinaires ni sur les troubles visuels.

Le malade est renvoyé à l'hôpital général.

CHAPITRE IV.

SYNTHÈSE DES OBSERVATIONS

Nos observations se divisent en deux groupes: les unes sont favorables à la suspension, les autres sont contraires.

Chez le premier malade (obs. I), après trente-sept séances de suspension seulement, nous avons obtenu une guérison relative. Mais nous avions affaire à un homme dans toute la force de l'âge, dont l'état général était très satisfaisant, qui a pu faire son service jusqu'au dernier moment, c'est-à-dire jusqu'au jour de son entrée à l'hôpital (il était maître d'armes). Chez lui, l'ataxie a affecté une marche très lente, puisque le début remontait à 1871, et que le tabes n'était pas encore très prononcé quand il a été traité par la suspension. Il est à remarquer qu'il suivait en même temps beaucoup d'autres médications (iodure de potassium, nitrate d'argent, ergot de seigle, pointes de feu).

Le malade qui fait le sujet de notre observation II jouissait aussi d'une bonne santé générale. Depuis longtemps il avait recours aux révulsifs appliqués sur la colonne vertébrale (vésicatoires, pointes de feu, etc.). Après vingt-cinq séances de suspension, nous avons constaté une atténuation considérable des douleurs fulgurantes, la guérison complète de l'incontinence d'urine, la disparition du signe de Ramberg et des mouvements ataxiques.

Le réflexe rotulien n'était plus tout à fait aboli dans le genou droit.

Le 3e cas de suspension, dans lequel nous avons obtenu des résultats, concerne une femme très nerveuse, facilement hypnotisable. Il est possible qu'ici, suivant l'opinion de Bernheim, la suggestion ait été pour quelque chose dans l'atténuation des symptômes douloureux tabétiques, mais il nous paraît probable qu'ils ne tarderont pas à reparaître. Nous avons fait remarquer que depuis le début des séances de suspension jusqu'à la fin, le malade n'avait suivi aucune autre médication.

Si, dans ces trois cas, la suspension a donné des résultats satisfaisants, par contre elle a complètement échoué dans les autres. Notre malade N° 4 a éprouvé dès les premières séances une certaine amélioration ; mais elle n'a pas persisté longtemps, et en définitive il y a eu aggravation générale. Le traitement par l'électricité, auquel le malade avait été soumis pendant quelques jours, avait amené des résultats beaucoup plus avantageux que le traitement par la suspension. Nous en dirons autant de notre N° 5. Le malade qui fait l'objet de l'observation VI n'a, à aucun moment, retiré de la suspension le moindre bénéfice.

Nous n'avons pu suivre assez longtemps notre paraplégique (obs. VII) pour pouvoir tirer des conclusions.

En résumé, les résultats obtenus par la suspension sont en raison directe de l'état général, ce qui nous amène à dire quelques mots des contre-indications de ce traitement.

Contre-indications.— Le médecin doit se rendre bien compte des contre-indications, qui peuvent se grouper sous trois chefs : 1° modalités qui sont sous la dépendance de l'état général ; 2° affections des systèmes cardio-vasculaires et nerveux ; 3° lésions locales.

1° La débilité organique n'est pas favorable à la suspension; il en est de même de l'obésité, de l'anémie, de l'œdème.

2° L'emphysème pulmonaire et la phtisie sont une contre-indication, s'il existe de l'oppression. Parmi les troubles cardio-vasculaires qui s'opposent à la suspension, il faut citer l'athérome très prononcé (pouvant amener des ruptures des vaisseaux axillaires), des congestions, l'apoplexie cérébrale; les lésions valvulaires du cœur sont également des contre-indications, car elles peuvent déterminer la dyspnée, une tendance syncopale.

3° Il faut examiner l'état des dents, interroger le malade au point de vue de la tendance aux fractures spontanées qui pourraient se produire du côté du maxillaire inférieur.

ACCIDENTS ENTRAÎNÉS PAR LA SUSPENSION

La suspension, qui est absolument inoffensive lorsqu'elle est confiée à un médecin ou à un aide expérimenté, peut entraîner de graves conséquences lorsque le malade se pend lui-même ou lorsqu'il se fait suspendre par quelqu'un de son entourage.

Nous avons relaté des cas de mort pendant la suspension. En outre, M. Charcot cite des accidents graves, tels que syncopes, paralysies radiales, ruptures d'artérioles athéromateuses, vertiges, etc. Nous avons nous-même signalé une syncope assez sérieuse dans notre observation V.

CONCLUSIONS

1° Bien que dans la moitié des cas elle se montre impuissante, la suspension mérite d'être conservée en thérapeutique, car elle peut réussir. L'action de ce traitement est de faire disparaître ou d'atténuer les douleurs fulgurantes, de guérir souvent l'incontinence d'urine, quelquefois de diminuer considérablement les troubles de la motricité.

2° Si la suspension n'a pas donné de résultats après quinze à vingt séances, il n'y a pas lieu d'insister.

3° Les autres agents thérapeutiques, principalement les pointes de feu sur la colonne vertébrale, l'électrisation par la méthode d'Onimus et surtout l'usage des eaux de Lamalou, peuvent aider beaucoup l'action de la suspension.

FIN.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 9 avril 1890.
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut.
G. CHANCEL.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 9 avril 1890.
Le Doyen,
CASTAN.

BIBLIOGRAPHIE

GRASSET. — Des maladies du système nerveux.

RAYMOND (F.).— Article *tabes*, *in* Dict. encyclop.

RAYMOND (F.).— L'étude des maladies du système nerveux en Russie (Rapport adressé à M. le Ministre de l'Inst. pub.).

RAOULT.— Progrès médical (22 juin 1889).

CHARCOT. — De la suspension dans le traitement de l'ataxie locomotrice.

GILLES DE LA TOURETTE. — De la technique à suivre dans le traitement par la suspension.

Revue médicale de l'Est.

Concours médical du 2 mars 1889.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales (17 février 1889).

DUJARDIN-BEAUMETZ.— Clinique thérapeutique.